

Année 1958

N°

259

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Université)

par

NIKOLAJEVIC, Gojko

Né le 5 Août 1927 à Pozarevac (YUGOSLAVIE)

Présentée et soutenue publiquement le :

Titre

POSITION ACTUELLE DU PROBLEME DE LA TUBERCULOSE DE
L'ENDOMETRE.

Président

M. le Professeur MARTINEJOL

Ed. A.G.E.M.P.

Nom du candidat : N I K O L A J E V I C

Prénom : Gojko

Date de la soutenance :

N° d'ordre :



1

NIKOLAJEVIC Gojko
Position actuelle du problème de la tuberculose de l'endomètre.
PARIS Dact. In 4° 22p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

2

NIKOLAJEVIC Gojko
Position actuelle du problème de la tuberculose de l'endomètre.
PARIS Dact. In 4° 22p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

3

NIKOLAJEVIC Gojko
Position actuelle du problème de la tuberculose de l'endomètre.
PARIS Dact. In 4° 22 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

4

NIKOLAJEVIC Gojko
Position actuelle du problème de la tuberculose de l'endomètre.
PARIS Dact. In 4° 22 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

Année 1958

N° _____

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Université)

par

N I K O L A J E V I C, Gojko

Né le 5 Août 1927 à Pozarevac (YUGOSLAVIE)

Présentée et soutenue publiquement le :

Titre

POSITION ACTUELLE DU PROBLEME DE LA TUBERCULOSE DE
L'ENDOMETRE.

Président

M. le Professeur LANTUEJOL

Ed. A.G.E.M.P.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0031

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Bénard H., Brocq P., Bulliard H., Cadenat F., Carnot P., Chabrol Et., Champy C., Chevassu M., Debré R., Delbet P., Donzelot E., Gastinel P., Guillaïn G., Halphen E., Harvier P., Laroche G., Laubry Ch., Lemaître F., Lévy-Solal E., Lhermitte J., Lian C., Loeper M., Marion G., Mathieu P., Mocquot P., Mondor H., Mulon P., Olivier E., Richet Ch., Sannié Ch., Sézary A., Tanon L., Velter E.,

DOYEN Léon BINET Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER G.
Anatomie pathologique	DELARUE A.
Bactériologie	FASQUELLE R.
Biochimie médicale	JAYLE M. F.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY BERT P.
Biologie médicale	FAUVERT R.
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD J.
Clinique de cardiologie	MOUQUIN M.
	SICARD A.
	COCHIN J.
Cliniques chirurgicales	MENEGAUX G.
	MOULONGUET P.
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE R.
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	GAUDART D'ALLAINES F.
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FEVRE M.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD R.
Clinique gynécologique	FUNCK BRENTANO P.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS R.
Clinique des maladies des enfants	CATHALA J.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET P.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY J.
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER J.
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER P.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE T.
	JUSTIN BESANCON L.
Cliniques médicales	DE GENNES L.
	MOREAU R.
	BARIETY M.
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY C.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY RADOT L.
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutr.	BOULIN R.
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS D.
	LACOMME M.
Cliniques obstétricales	VARANGOT J.
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL P.
Clinique ophtalmologique	RENARD G.
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN A.
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD E.
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER C.
Clinique de puériculture	LELONG M.
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE F.
Clinique stomatologique	DECHAUME M.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE J.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE A.
Clinique urologique	FEY B.
Embryologie	GIROUD A.
Génétique médicale	LAMY M.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE P.
Histologie	VERNE J.
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN R.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON C.
Médecine légale	PIEDELIEVRE R.
Médecine du Travail	DESOLLE H.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD H.
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE R.
Pathologie exotique	LAVIER G.
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE J.
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (cf. titre pers.)	MERKLEN F.
Pathologie médicale	DECOURT J.
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN J.
Pédiatrie sociale	MARIE J.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD R.
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON A.
Physiologie	BINET L.
Physique médicale	STROHL A.
Radiologie médicale	DESGREZ H.
Technique chirurgicale	PATEL J.
Thérapeutique	BROUET G.

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	{ DELMAS A., pr.s.ch. CABROL C. DEBEYRE J. OLIVIER G.	Pathologie chirurgicale	{ DUBOST C. FAUREL J. FLABEAU F. GERMAIN A. GOSSET J. LAURENCE G. LORTAT JACOB J. MATHEY J. OLIVIER CI. POILLEUX F. THOMERET G. VERNE J.M.
Anatomie pathologique	{ Mlle GAUTHIER VILLARS pr. s. ch. BUSSET F. GOUYGOU Ch.	Pathologie expérimentale	{ LOEPER J. MAURICE P.
Bactériologie	{ NEVOT A., pr.s.ch. CHRISTOL D.		{ BOUDIN G. BOUVIER J.B. BRICAIRE H. BRISAUD H. CASTAIGNE P. CONTE M. DEROT M. DOMART A. LAMOTTE M. LAROCHÉ C.P. MACREZ CI. MILLIEZ P. PEQUIGNOT H. PERRAULT M. RAMBERT P. ROYER P. THIEFFRY St. TURIAF J. WOLFROMM R. N...
Biochimie médicale	{ ETTORI J., pr.s.ch. DESGREZ P. POLONOVSKI J. SCHAPIRA R.	Pathologie médicale	{ JOSEPH R. MOZZICONACCI P. POLONOVSKY CI.
Biologie médicale	BOURLIERE F.		{ CHEYMOL J., pr.s.ch. Mlle LEVY, pr.s.ch.
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT F.	Pharmacologie	{ BARJETON D., pr.s.ch. PAKROT J., pr.s.ch. DEJOURS P.
Embryologie	TUCHMANN DUPLESSIS H.	Physiologie	{ DJOURNO A., pr.s.ch. GOUGEROT L.
Histologie	{ COUJARD R. N... N...	Physique médicale ...	{ KREIS B.
Hydrologie	CORNET A.	Pneumo-Phtisiologie	PICHOT P.
Hygiène	{ BOYER J., pr.s.ch. DEPARIS M., pr.s.ch.	Psychiatrie	MICHAUX L.
Maladies infectieuses	BASTIN R.	Psychiatrie infantile	DELBARRE F.
Médecine légale	{ DEFOBERT L., pr.s.ch. GAULTIER M. HADENGUE A.	Rhumatologie	{ CERNEA P. CHAPUT (Mme A.) CHASSAGNE P.
Médecine du travail ..	ALBAHARY C.	Stomatologie	KUSS R.
Neuro-chirurgie	DAVID M.	Thérapeutique	
Neurologie	LHERMITTE F.	Urologie	
	{ GRASSET J. LE LORIER G. LEPAGE F. MERGER R. MORIN P. RAVINA J. ROBEY M.	Pédiatrie	
Obstétrique	{ BREGEAT P. DESVIGNES P.	Pharmacologie	
Ophtalmologie	JUDET R.	Physiologie	
Orthopédie	{ AUBRY M. MADURO R.	Physique médicale ...	
Oto-rhino laryngologie	{ BRUMPT L.C. CHABAUD A.	Pneumo-Phtisiologie	
Parasitologie	{ ABOULKER P. BARCAT J. BAUMANN J. CAUCHOIX J.	Psychiatrie	
Pathologie chirurgicale		Psychiatrie infantile	
		Rhumatologie	
		Stomatologie	
		Thérapeutique	
		Urologie	

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Clinique chirurgicale	{ AMELINE A. HUGUIER J. LEGER L. PADOVANI P. ROUX M.	Clinique neurologique	DE SEZE S.
Clinique médicale	{ DREYFUS G. HAGUENAU J., pr.s.ch. KOURILSKY R. MARCHAL G.	Clinique obstétricale	MAYER M.
		Clinique ophtalmologique	OFFRET G.
		Clinique pédiatrique	LAPLANE R.
		Clinique psychiatrique	BARUK H.
Secrétaire général de la Faculté	{ M. MOREL J.	Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL G.
Conservateur chargé de la direction	M. le Dr HANN A.	Bibliothécaires	{ Mlle DUMAITRE P. LAURENT H., LE NOIR QUIEVREUX E.
Conservateur	Mlle GOICHON A.		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur LANTUEJOUL

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la Présidence de cette Thèse.

I. INTRODUCTION

=====

La tuberculose de l'endomètre a connu, ces dernières années, une révision à peu près complète des données classiques la concernant, ce qui s'explique avant tout par les progrès réalisés dans le domaine de son diagnostic, clinique, biologique, mais surtout cytologique et radiologique.

La biopsie d'endomètre a permis de suivre les images évolutives du cycle, et de distinguer entre les remaniements physiologiques normaux sous l'action hormonale, et les structures vraiment pathologiques correspondant aux follicules tuberculeux. Mais, nous le verrons, cette distinction est loin d'être toujours facile, et ce n'est pas uniquement sur ces images qu'il faut fonder le diagnostic de tuberculose de l'endomètre.

Cet examen cependant, joint aux autres données, a permis d'établir deux faits nouveaux :

- tout d'abord, la relative fréquence de la tuberculose de l'endomètre, tout au moins son caractère non exceptionnel, découverte importante et qui s'explique par le caractère souvent latent de l'infection tuberculeuse à ce niveau ;
- ensuite, la compatibilité de la tuberculose d'endomètre et de la conservation de la fécondité de la femme ; jusqu'à ces dernières années, en effet, tuberculose d'endomètre était considérée comme synonyme de stérilité totale.

Ce qui ne veut pas dire, loin de là, que l'endométrite tuberculeuse permette toujours et à toutes les femmes de connaître une vie génitale normale. Stérilité encore, mais aussi grossesses ectopiques, avortements, enfin tuberculose congénitale de l'enfant, sont des accidents qui trop souvent encore compliquent la tuberculose d'endomètre, dont l'importance reste donc entière.

Mais nous disposons actuellement :

- de moyens qui, réunis, permettent généralement le diagnostic de la tuberculose d'endomètre, avant que des accidents obstétricaux n'attirent l'attention sur elle.

- de moyens qui, appliqués à bon escient, peuvent assurer la guérison de cette localisation génitale de la tuberculose.

C'est dire que sa recherche ne doit pas être perdue de vue du gynécologue, alors même que rien n'attire encore l'attention vers cette affection.

On peut dire que les traitements modernes de la tuberculose, streptomycine, PAS, INH, ont bouleversé l'attitude thérapeutique à observer devant une tuberculose de l'endomètre, et son pronostic. Et cependant, répétons-le, le diagnostic reste délicat. Il existe généralement des signes généraux, fonctionnels, des troubles des règles, une stérilité primitive ou secondaire ; mais il faut faire appel aux recherches histologiques et bactériologiques sur curetage, excisions, laparotomie, ponctions du Douglas. Et cependant le curetage risque de donner des résultats trompeurs ; les lésions histologiques, disséminées, se cachant souvent dans les couches profondes de la basale. Il comporte en outre des risques d'exacerbation du processus. La recherche du B.K. dans le sang des règles, avec inoculation au cobaye, culture, donneraient selon certains auteurs des réponses positives correctes dans 95% des cas. On a également étudié les sécrétions corporéo-cervicales, les liquides de ponction des poches annexielles. En cas de réponse négative, les examens doivent être répétés.

Les images d'hystérosalpingographie ont été bien décrites, mais il faut en connaître les limites et les erreurs.

Tous ces faits incitent à penser que dans le diagnostic de l'endométrite tuberculeuse, peu de progrès ont été récemment accomplis, alors que l'on sait d'une part la fréquence de cette localisation, d'autre part la valeur de son traitement.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'une mise au point des notions qui, actuellement, conditionnent le diagnostic, et donc le pronostic de l'affection, ne saurait être inutile.

Nous avons nous-même assisté à la découverte d'un cas d'endomètre tuberculeux absolument latent, ce qui nous a montré tout l'intérêt de la question et de sa solution chaque fois que possible.

Dominée par son pronostic, la tuberculose d'endomètre doit donc être avant tout diagnostiquée. C'est pourquoi nous nous occuperons en premier des :

TUBERCULOSES LATENTES découvertes soit fortuitement, soit d'après des indices plus ou moins discrets et épars, chez une femme venue consulter pour stérilité, pour accidents obstétricaux type avortement, soit dans les suites de l'accouchement ; enfin nous verrons que certaines tuberculoses d'endomètre maternelles n'ont été découvertes que devant l'apparition chez le nouveau-né d'une tuberculose périnatale, certainement congénitale (KAPLAN)

Nous envisagerons ensuite les diverses méthodes de :

DIAGNOSTIC : cytologique, bactériologique, biologique, radiologique ;

Il nous restera alors à discuter du :

PRONOSTIC actuel des tuberculoses d'endomètres, qui comportent toujours des menaces de stérilités, de grossesses extra-utérines, d'avortements, de tuberculose du produit de conception ; mais nous verrons comment un

TRAITEMENT correctement et précocement appliqué permet non seulement d'obtenir la guérison de la femme, mais encore de lui assurer une vie génitale ultérieure en tous points normale.

Naturellement, le pronostic et les résultats thérapeutiques diffèrent selon qu'il s'agit d'une tuberculose d'endomètre isolée, latente, limitée, ou de la localisation génitale d'une tuberculose pulmonaire généralement aggravée par les événements obstétricaux. Nous nous occuperons davantage des endométrites tuberculeuses isolées, qui précisément risquent le plus d'échapper au diagnostic, et qui obéissent mieux au traitement, que des essaimages génitaux d'une bacillose déjà connue, et dont le pronostic est beaucoup plus réservé.

II. LES FORMES LATENTES

DE LA TUBERCULOSE DE L'ENDOMETRE

Découvertes dans le post-partum, dans le post-abortum, en dehors de tout évènement obstétrical, ou enfin par suite de l'apparition d'une tuberculose néonatale, les tuberculoses de l'endomètre peuvent longtemps évoluer de façon absolument silencieuses, et n'être en fait qu'une image histologique particulière parfois difficile à distinguer des aspects de la muqueuse en remaniement cyto-hormonal physiologique. Nous nous expliquons.

La tuberculose cliniquement inapparente de l'endomètre va généralement être découverte à la faveur d'examens complémentaires effectués le plus souvent parce que la malade consulte pour stérilité, mais aussi parfois pour troubles menstruels. C'est la mise en oeuvre d'examens paracliniques tels que l'insufflation tubaire, l'hystérosalpingographie, la biopsie d'endomètre, qui révèle la lésion et sa nature bacillaire.

Nous avons pu voir un cas de stérilité primitive datant de deux ans chez une jeune femme de 25 ans en excellent état actuel. Nous notons cependant un passé de pleurésie sérofibrineuse récidivant deux années de suite, à l'âge de 15 et de 16 ans. Actuellement rien de pathologique ne peut être noté du côté génital, si ce n'est la stérilité involontaire. La perméabilité tubaire est satisfaisante des deux côtés. La biopsie d'endomètre prélevée au 22ème jour du cycle montre une muqueuse au stade lutéinique subterminal, sans modification histologique. Une culture est demandée à partir des fragments d'endomètre sur milieu de Loewenstein, ainsi qu'une inoculation du broyat au cobaye. La culture est négative au bout de deux mois et demi, mais le cobaye est tuberculisé. La malade est traitée par la streptomycine et l'INH, mais nous n'avons malheureusement pas pu être renseigné sur l'évolution ultérieure de sa vie génitale.

Une seconde malade, âgée de 23 ans, vient consulter pour stérilité involontaire depuis un an de mariage. Tout paraît normal en dehors d'une leucorrhée importante, et depuis peu de règles parfois très abondantes, parfois brèves, mais toujours avec expulsion de caillots.

L'examen général et local est négatif.

Par contre l'hystérosalpingographie donne des images absolument caractéristiques de tuberculose caséuse de l'endomètre et des trompes. Mais au niveau de l'endomètre surtout la nature bacillaire des lésions est étudiée par la culture et l'inoculation, demeurées négatives, alors que l'examen histologique devait être décisif :

On trouve en effet sur les fragments examinés des tubes glandulaires nombreux, réguliers, petits, bordés d'épithélium hyperplasique avec mitoses ; un chorion cytogène dense, correspondant à la zone de régénération ; mais au niveau de la zone proliférante, il existe des îlots lymphoïdes dont l'un s'accompagne d'une formation d'aspect folliculaire éosinophile peuplée de cellules épithélioïdes. Les follicules détruisent l'extrémité d'un tube glandulaire, et certifient la nature bacillaire de l'atteinte de l'endomètre.

Chez une troisième malade, âgée de 26 ans, la stérilité remonte à huit années ; mais si celle-ci paraît au-dessus des ressources de la thérapeutique utilisée jusqu'ici, les douleurs menstruelles sont plus gênantes encore et motivent la présente consultation.

Dans les antécédents, on retrouve un épisode pulmonaire de l'enfance, de nature bacillaire. Les règles ne sont apparues que très tardivement, après l'âge de 18 ans.

Actuellement elles sont surtout marquées de phénomènes douloureux avec pertes à peine teintées. Des traitements hormonaux sont demeurés sans effet, tant sur la stérilité que sur la dysménorrhée.

L'examen général est négatif. Localement, il est difficile de faire passer la sonde dans le col. L'hystérosalpingographie confirme l'existence de synéchie utérine, dont on connaît actuellement la nature habituellement tuberculeuse (A. NETTER). Mais la preuve histologique n'a pu être fournie par les biopsies d'endomètre ; un autre signe en faveur de la bacillose a été une sédimentation accélérée.

Dans ces trois observations, il y a deux fois absence de tout signe génital en dehors de la stérilité, et une fois aménorrhée primitive, qui parle en faveur d'autres étiologies, hormonales celles-là, et non pas de la tuberculose.

A des aspects histologiques normaux ont pu ici correspondre des inoculations positives au cobaye. Mais plus souvent encore ce n'est que par les antécédents, une impression générale, des signes discrets et en tout cas nullement spécifiques que l'on est amené à penser à une tuberculose probable de l'endomètre, quand ce ne serait que par la négativité de toutes les autres causes étiologiques possibles.

Ces formes latentes de tuberculose de l'endomètre dans les stérilités primaires nécessitent en particulier une minutieuse recherche des antécédents en faveur d'une imprégnation bacillaire antérieure ; seul l'interrogatoire permet de les retrouver car souvent leur discrétion les a fait méconnaître de l'intéressée.

Dans la statistique de SOLAL, sur 13 tuberculoses d'endomètre cliniquement inapparentes, avec vérification bactériologique ou histologique, donc incontestables, des antécédents tuberculeux ont été retrouvés huit fois, souvent sous la forme d'atteintes pleurales. Restent donc cinq cas qui, latents, et sans passé bacillaire, auraient échappé au diagnostic si la tuberculose n'avait pas été systématiquement recherché par les examens histologiques et bactériologiques.

Il est probable que c'est la rareté de la localisation génitale secondaire d'une tuberculose pulmonaire reconnue qui fait la fréquence de la méconnaissance des endométrites tuberculeuses. De plus, dans ces dernières, le passé bacillaire est souvent vierge. Par conséquent, la présence ou l'absence de tuberculose pulmonaire antécédente ne sont que de faible valeur dans le diagnostic actuel d'endométrite bacillaire.

Dans certains cas cependant, cette dernière se manifeste très nettement par des métrorragies, ou au contraire une aménorrhée, par des hémorragies intermenstruelles, par un syndrome d'hyperandrogénie, par des métrorragies provoquées, autant de manifestations non spécifiques mais qui incitent la femme à consulter.

Ces formes cliniquement affirmées ont incité SOLAL à parler pour les cas méconnus qui nous occupent ici, non pas de tuberculoses génitales silencieuses ou latentes, mais de tuberculoses génitales inapparentes, que l'examen clinique et gynécologique méconnaît, mais qui sont révélées parfois par les explorations paracliniques et les examens complémentaires effectués pour stérilité.

BRAVARSKI a lui aussi insisté sur les formes métrorragiques de certaines endométrites tuberculeuses

latentes, dont la nature réelle est méconnue, et qui sont traitées, évidemment sans succès, par les traitements hormonaux et le curettage.

o

Nous avons dit qu'une acquisition récente concernait les rapports entre stérilité et endométrite tuberculeuse. L'atteinte bacillaire de l'endomètre a longtemps été considérée comme incompatible avec la fécondité. On sait aujourd'hui qu'il n'en est rien, encore que la grossesse puisse ne pas évoluer normalement jusqu'à son terme.

Cependant nous avons pu réunir quelques cas dans lesquels la tuberculose d'endomètre a été découverte dans le post-partum. Il faut ici compter avec la poussée évolutive susceptible de marquer la tuberculose chez la parturiente. Le cas rapporté par BRET & LEGROS est d'autant plus intéressant que c'est l'apparition d'une adénite cervicale bacillaire chez le nouveau-né isolé qui fit rechercher chez la mère une éventuelle tuberculose d'endomètre. Notons que l'accouchement se fit à 7 mois et un quart, d'un enfant pesant 1900 grammes.

Un écoulement fétide du post-partum avec fièvre commande un traitement antibiotique. A la constatation de la tuberculose périnatale de l'enfant, on entreprit une série d'examen chez la mère, qui signala un avortement spontané inexplicable onze mois plus tôt.

L'examen clinique fut entièrement négatif, la réaction de Middlebrook-Dubos donna $1/8$; la vitesse de sédimentation 35-60-100 mm., le Vernes résorcine 23° , la cuti-réaction tuberculinique était trois plus. Une biopsie d'endomètre faite quatre mois après l'accouchement montra une image littéralement farcie de follicules tuberculeux, parfois confluents et autorisant le diagnostic de tuberculose folliculaire floride de l'endomètre.

Les cultures à partir du sang menstruel et de l'endomètre sont négatives, mais l'inoculation tuberculise le cobaye.

Des lésions pulmonaires discrètes apparaissent sur les clichés.

On entreprend immédiatement un traitement par streptomycine, INH et PAS ; l'image pulmonaire devient nodulaire puis s'améliore. Des biopsies d'endomètre répétées permettent de suivre l'évolution de la tuberculose génitale : elles montrent un type folliculo-lutéinique, avec

des follicules tuberculeux giganto-épithélioïdes ; la persistance du processus local commande le traitement in situ, streptomycine en instillations endo-utérines et hydrocortisone, ce qui fait disparaître les aspects de foyers suspects.

Il semble bien dans ce cas que la tuberculose pulmonaire existait à l'état latent avant l'accouchement. Mais l'avortement qui l'a précédé peut également laisser penser que l'endomètre n'était déjà plus normal un an plus tôt, et dans l'actuelle grossesse, il y a eu également accouchement prématuré.

La tuberculose d'endomètre a pu être découverte à la suite d'un avortement spontané.

Ce fut le cas d'une malade de BRET hospitalisée à l'âge de 33 ans, pour métrorragies et douleurs apparues au troisième mois et demi d'une gestation.

Un curetage est pratiqué, qui ne montre pas de lésions suspectes. Mais de petites métrorragies persistantes ramènent la malade deux mois plus tard.

On prépare un autovaccin à partir d'un staphylocoque doré pathogène trouvé dans les sécrétions génitales. Mais une biopsie d'endomètre sous le couvert d'antibiotiques révèle histologiquement une muqueuse farcie de follicules giganto-épithélioïdes confluents, avec caséification.

Donc, tuberculose endométriale massive découverte au décours d'une interruption de grossesse de trois mois et demi. L'image hystérosalpingographique est également caractéristique d'endométrite tuberculeuse, utérus à bords flous, floconneux, absence d'injection des deux trompes.

On met immédiatement en oeuvre un traitement de PAS-INH-Streptomycine, avec instillations endo-utérines de streptomycine-hydrocortisone. Il est possible que la tuberculose génitale était antérieure à la gestation, et qu'elle a été responsable de l'avortement. Dans les suites de post-abortum fébriles, il faut donc savoir penser à la tuberculose, lorsque les autres causes ont été éliminées.

Nous verrons plus loin à propos du pronostic et du traitement, que dans certains cas heureux une tuberculose génitale correctement traitée ne s'oppose pas à l'évolution d'une grossesse normale, mais qu'elle peut également être responsable de grossesses extra-utérines, d'avortements, d'accouchements prématurés et de tuberculoses périnatales ; en somme, on retrouve les conditions défavorables de la tuberculose génitale non traitée.

III.- LE DIAGNOSTIC =====

DE LA TUBERCULOSE DE L'ENDOMETRE =====

Si les éléments cliniques font le plus souvent défaut, il nous faut nous adresser, pour établir le diagnostic de tuberculose de l'endomètre :

- à la cytologie, aux examens histologiques de biopsies;
- au diagnostic bactériologique, par cultures et inoculations ;
- au diagnostic biologique, vitesse de sédimentation, mais surtout réaction de Middlebrook-Dubos.
- au diagnostic radiologique enfin.

Aucun de ces diagnostics n'est constamment décisif, mais le faisceau des renseignements positifs ou de probabilité oriente généralement la décision vers la bonne direction.

o

a) Diagnostic cytologique :

La biopsie d'endomètre est indispensable. Elle doit être faite à certaines dates du cycle et toujours avec précautions, sous le couvert du traitement antibiotique, afin d'en supprimer les risques et dangers.

L'image cytologique est d'autant plus recherchée que très souvent les examens sont entrepris pour déceler la cause d'une stérilité.

La biopsie d'endomètre est particulièrement précieuse dans les formes inapparentes qui nous occupent. Au maximum, l'aspect de la muqueuse comportera les images caractéristiques de follicules giganto-épithélioïdes et des plages caséifiées, enkystées ou non. L'évolution peut se faire vers la fibrose.

Mais des lésions beaucoup moins typiques doivent pourtant retenir l'attention : par exemple, quelques infiltrats lymphocytaires. Il ne faut pêcher ni par excès, ni par défaut. Après avoir méconnu tota-

lement la tuberculose d'endomètre, on était arrivé à considérer comme suspectes les formations glandulaires kystiques qui marquent l'évolution cyclique normale. Actuellement, on se trouve encore souvent devant des images douteuses, permettant aussi bien d'admettre que de rejeter le diagnostic de tuberculose endométriale. C'est pourquoi les examens doivent être poursuivis dans tous les cas.

o

b) Diagnostic bactériologique :

Il a pour but d'établir la présence du bacille tuberculeux dans les cultures et les inoculations au cobaye, à partir du sang menstruel, des sécrétions endo-utérines, des broyats de biopsie d'endomètre.

La recherche directe du B.K. est généralement négative. L'examen du sang menstruel (HALBRECHT, KIRCHOFF 1951, KELLER 1954) est beaucoup plus instructive. Le diagnostic de tuberculose de l'endomètre peut être établi par l'inoculation du sang menstruel au cobaye, ou par la culture de ce sang : les résultats donnent des indications concordantes avec celles fournies par l'examen histologique d'endomètre.

En 1945 HALBRECHT a également utilisé le premier les cultures des sécrétions cervico-utérines sur des milieux spécifiques du B.K. : Lowenstein, Pétrignani, Dubos. La technique est applicable à la jeune fille et dépiste précocement les récidives.

La culture de fragments de biopsie endométriale a été réalisée en 1950 et 1952 par BEDRINE et HOULNE sur milieux de Pétrignani et Dubos :

une femme de 30 ans consulte pour stérilité. Dans les antécédents, on trouve une pleurésie. L'examen actuel est négatif, la biopsie d'endomètre révèle dans le chorion de nombreuses cellules géantes multinucléées, entourées de cellules lympho-plasmocytaires. Une seconde biopsie pour ensemencement sur milieux spéciaux donne une macro et une microcultures positives.

Après deux mois de traitement par streptomycine et PAS, les images gigantomaculaires persistent et les cultures ne sont plus positives qu'en micro-culture. Le cobaye tuberculisé aux premiers examens, ne l'est plus actuellement.

Après encore deux mois de streptomycinothérapie, l'image histologique bacillaire a disparu, les cultures sont négatives. Un mois plus tard, la malade est enceinte mais il s'agit d'une grossesse extra-utérine qui devra être interrompue chirurgicalement.

La tuberculisation du cobaye peut être obtenue par inoculation de fragments d'endomètre émulsionnés injectés par voie sous-cutanée chez l'animal (GORDON MILLAR).

Ce qui manque, comme indication précise, c'est le stade évolutif de la tuberculose endométriale auquel la réaction est positive pour la première fois. On comprend toute l'importance d'une détermination de l'âge de la lésion, invasion récente, ou au contraire stade ultime proche de la guérison. Le traitement paraît surtout efficace au stade évolutif, dans les lésions récentes peu fibreuses, non cicatricielles. Malheureusement pour obtenir la réponse des cultures et inoculations au cobaye, il faut attendre un délai de deux mois au moins. Les résultats ainsi obtenus, malgré leur grande importance, n'ont souvent qu'une signification rétrospective d'appoint et de confirmation.

Enfin, l'inoculation au cobaye risque d'être négative dans les formes paucibacillaires localisées, puisque le prélèvement risque d'avoir été fait sur une région saine. Négatives encore les cultures faites à partir de lésions anciennes, fixées.

L'ensemble des recherches bactériologiques donne généralement des indications précieuses, mais toujours tardives, et dès que les antécédents, les autres éléments du diagnostic sont en faveur de la bacillose endométriale, il faut sans attendre instaurer le traitement.

c) Diagnostic biologique :

A côté de la vitesse de sédimentation, toujours à rechercher, les réactions d'hémagglutination de Middlebrook-Dubos et de Vernes donnent des réponses rapides. Encore faut-il savoir en déduire la valeur, et ne pas les accepter sans discussion (DALSACE, SOLAL).

La réaction d'hémagglutination ne localise pas la tuberculose à l'endomètre, mais replacée dans un tableau pelvien, elle permet de la supposer avec beaucoup de chances. Par ailleurs, c'est une réaction spécifique, qui n'est positive que dans la tuberculose et la lèpre, et de plus elle témoigne du degré d'évolutivité du processus tuberculeux (Et. BERNARD).

BRET & LEGROS, sur la base de plus de 200 réactions, ont pu rattacher la réponse à une récidive, une reprise des manifestations pelviennes. La réaction reflète donc un certain potentiel évolutif, en redevenant positive lors de récidives.

Une malade de BRET vient consulter pour douleurs pelviennes. Cinq ans auparavant, il y a eu grossesse avec pleurésie, suites de couches fébriles, date à laquelle on aura parlé de salpingite. L'image radiologique évoque la tuberculose, l'examen histologique d'endomètre indique un processus tuberculeux encore visible sous forme de follicules giganto-épithélioïdes sous la muqueuse et de plages caséifiées enkystées. Le reste est envahi par la fibrose.

Six mois plus tard, après traitement streptomycinique, l'endomètre paraît normal, mais la réaction de Middlebrook-Dubos est positive au 1/16, le Vernes est à 16°, la vitesse de sédimentation est accélérée. Le traitement antibiotique repris ramène ces réactions à la normale.

Chez une seconde malade, les aspects histologiques ne permettaient que difficilement d'affirmer la tuberculose génitale, mais la vitesse de sédimentation était accélérée, le Vernes était à 57°, la réaction de Middlebrook-Dubos positive à 1/16. Le traitement par streptomycine devait améliorer l'état clinique, et ramenait les examens histologiques à la normale.

o

d) Diagnostic radiologique :

L'hystérosalpingographie, en particulier lorsqu'il s'agit de diagnostiquer les causes d'une stérilité, est un temps essentiel du diagnostic ; on a parlé de ses dangers en poussée inflammatoire ou infectieuse aiguë.

Sous le couvert du traitement antibiotique, et avec une technique prudente, il semble qu'on puisse éviter toutes les complications. Certes, on a pu constater la fréquence et l'intensité de l'injection vasculaire chez les femmes subissant une hystérosalpingographie en présence d'un endomètre tuberculeux.

DELANNOY d'après 14 observations, pense que la traduction radiologique de la tuberculose endométriale

n'est présente que dans un nombre limité de cas. On verra alors :

- une hyperplasie diffuse de la muqueuse de la cavité utérine, ce qui est peu caractéristique
- une hyperplasie à type de polypose, déjà beaucoup plus évocatrice et qui doit retenir l'attention chez la femme jeune ;
- les synéchies plus ou moins étendues des cornes ou du corps de l'utérus, très évocatrices de bacillose, nous y reviendrons ;
- les passages vasculaires, qui en l'absence de toute manoeuvre brutale doivent faire penser à la tuberculose ;
- enfin, dans les formes majeures de tuberculose endo-utérine, on va trouver des abcès et fistules du myomètre, donnant des déformations utérines complexes.

Les symphyses endo-utérines ont surtout été étudiées par A. NETTER et collaborateurs, et décrites par ces auteurs comme un syndrome anatomoclinicoradiologique caractéristique. Au déficit menstruel, voire même à l'aménorrhée primaire, aux antécédents tuberculeux souvent caractéristiques, s'ajoutent à l'hystérogaphie des déformations de la cavité utérine à type de synéchies, correspondant à une sclérose cicatricielle.

Une récente description des images par EKENGREN, par YLINEN & JOHANSON, peut se résumer comme suit :

L'utérus se présente avec des contours dentelés, des déformations par incisures, des récessus simulant des trajets fistuleux.

Il existe en fait de très nombreuses images peu typiques, mais évocatrices de tuberculose, et qui ont perdu le caractère d'exception qu'on leur avait d'abord attribué.

L'irrégularité du corps utérin apparaît soit diffuse, soit localisée. On verra une image de corne amputée, de rigidité du contour, un aspect d'hyperplasie, d'hypoplasie, d'irrégularité du fond utérin, de diverticules et de lacunes. Ces déformations variables et multiples prennent une valeur accrue en cas d'examen histologique positif, ou en présence de lésions tubaires associées. Enfin, ces images se modifient sous l'effet du traitement antituberculeux, ce qui ajoute une preuve décisive de leur étiologie.

Les images d'injection vasculaire ont été très discutées, et la plupart des auteurs y attachent une grande importance. Elles sont d'une parfaite innocuité et ne relèvent pas d'une faute de technique.

Les lésions endocervicales, de connaissance très récente, apparaissent maintenant comme très fréquentes.

Une image de calcification, d'abcès, est évidemment très en faveur de la tuberculose dont elle est peut-être le meilleur signe. Il s'agit d'opacités ganglionnaires, d'abcès calcifiés. Leur fréquence est diversement appréciée : 7% pour YLINEN, 24% pour EKENGREN.

On a cherché à distinguer, selon leur aspect radiologique, les formes jeunes ou inflammatoires, accessibles au traitement, des formes ulcéreuses, nécrotiques, ou cicatricielles.

A la suite du traitement, on peut voir apparaître des lacunes dans l'image utérine, ce qui correspondrait aux synéchies endo-utérines de NETTER. Sous l'action des antibiotiques, les lésions sont profondément remaniées, ce qui ressort de la comparaison des clichés pris avant le traitement, puis en cours de celui-ci et après sa terminaison. L'étude du premier cliché ne permet malheureusement pas de décider s'il s'agit d'une lésion évolutive ou cicatricielle, d'une lacune par hypertrophie ou par adhérence.

Si aucune des lésions utérines, aucune des images qu'elles donnent n'est vraiment pathognomonique, les clichés n'en ont pas moins une grande valeur, à condition de les étudier avec soin et esprit critique ; images inflammatoires, images destructives, et images cicatricielles doivent être distinguées, bien que ne correspondant pas aux lésions anatomo-pathologiques exactes.

On peut simplement dire que l'examen radiologique oriente le diagnostic, mais que l'histologie, la bactériologie affirment la nature tuberculeuse des lésions d'endomètre.

IV.-- LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT ACTUEL

=====

Livrée à elle-même, comme c'est le cas lorsqu'elle demeure méconnue, la tuberculose d'endomètre risque de provoquer :

- la stérilité, encore que celle-ci, nous allons le voir, n'est pas nécessairement définitive
- les grossesses ectopiques
- les avortements
- les accouchements prématurés
- la tuberculose néonatale par aspiration
- enfin la reprise ou l'aggravation de l'évolution bacillaire.

Lorsque le traitement antibiotique correct est mis en oeuvre, la guérison locale peut être obtenue ; on retrouve les conditions citées plus haut, avec leurs accidents et complications.

o

La stérilité :

Elle a longtemps été considérée comme étant la règle en cas de tuberculose génitale, tubaire, endométrine.

Quant aux formes latentes des endométrites tuberculeuses, on leur a accordé jusqu'à ces derniers temps un pronostic fonctionnel désastreux ; en 1948, NETTER parlait encore de stérilité quasi-irréversible en cas d'endomètre tuberculeux. AIMES est de cet avis, tandis que pour RABAU l'endométrite bacillaire, avec ou sans tuberculose tubaire, signifie stérilité absolue.

BRET est récemment revenu sur cette opinion trop catégorique ; et a cité quelques cas dans lesquels

la grossesse a évolué normalement malgré une tuberculose génitale certaine.

Avec le traitement streptomycinique, le pronostic devait se modifier. Certes au début LEROUX a considéré le traitement antibiotique comme l'adjuvant pré et post-opératoire en cas d'exérèse ; puis il nota la guérison dans certaines formes cliniques favorables. A la streptomycine on a bientôt ajouté le PAS et l'INH, et l'on s'est alors demandé si le pronostic de la tuberculose de l'endomètre en était modifié.

L'amélioration est souvent obtenue, mais bien des auteurs continuent sans doute avec raison à déconseiller la grossesse qui risque d'aggraver l'évolution de la tuberculose génitale.

Cependant certains auteurs sont de l'avis contraire, à savoir que le pronostic de la tuberculose génitale, son rôle dans la stérilité, sont complètement modifiés par les traitements antibiotiques, et pour BORROW, pour KRAUBIG, de très nombreuses malades sont devenues enceintes sans dommage, alors qu'elles étaient traitées par les antibiotiques anti-tuberculeux.

BRET admet que certaines formes de tuberculose génitale peuvent guérir, et donc permettre des grossesses ultérieures.

Voyons comment les choses se passent actuellement en pratique. Une femme vient consulter pour stérilité : au cours des examens auxquels elle est soumise, on établit la réalité de la tuberculose génitale, d'après les images radiographiques, la biopsie d'endomètre, la bactériologie.

Le traitement spécifique est immédiatement mis en oeuvre. Son efficacité va évidemment dépendre des lésions présentes. Si les foyers sont étendus, ou réduits, s'ils sont récents, ou déjà fibreux, s'il existe ou non des symphyses endo-utérines, ou tubaires, autant de conditions qui modifient le résultat thérapeutique.

Dans les "bons cas", dont BRET cite six exemples, on trouve chez une femme avec ou sans antécédents tuberculeux connus, une stérilité, parfois avec dysménorrhée ; les examens permettent d'affirmer la tuberculose de l'endomètre. Sous l'action du traitement antibiotique, ces aspects histologiques disparaissent, l'état clinique s'amende, la femme devient enceinte, et mène à terme une grossesse normale.

Une malade de LAFFARGUE & GAUTRAY ayant eu une polysérite bacillaire, vient consulter pour stérilité. Les divers examens permettent de conclure à une tuberculose d'endomètre, traitée par la streptomycine, le PAS, le sulfone, à la suite de quoi les follicules tuberculeux de l'endomètre ont disparu. Survient une grossesse qui se termine par l'accouchement normal d'un enfant en bonne santé.

Dans tous ces cas, la tuberculose d'endomètre est probable ou certaine ; mais le fait demeure qu'un traitement antituberculeux longtemps poursuivi a permis une grossesse normale chez des malades jusque là stériles. Cependant la grossesse ne signifie pas guérison de la tuberculose génitale, et toutes les précautions doivent être prises tant pour la malade que pour l'enfant. Dans un cas de BRET, on a constaté une insertion placentaire basse, avec forte adhérence, et examen histologique prouvant la fibrose importante du placenta, certainement par suite de l'endométrite bacillaire prégravidique, qui peut par la suite entraîner la constitution de synéchies.

Les évolutions favorables avec grossesses normales sont surtout vues dans les endométrites tuberculeuses récentes.

o

Grossesses extra-utérines :

Tout compte fait, elles semblent rares dans la tuberculose endométriale. La malade de BENDER (1954) est vue à 26 ans pour stérilité primaire remontant à deux ans. Les trompes sont perméables, mais l'endomètre donne une image de follicules tuberculeux, ce qui est confirmé par les cultures et l'inoculation au cobaye ? Après un traitement de streptomycine et PAS apparaît une grossesse qui se révèle bientôt être tubaire. On est contraint à une hystérectomie ne respectant que l'ovaire droit. Histologiquement, on retrouve l'image tuberculeuse de l'endomètre, plus accusée qu'au premier examen et une salpingite tuberculeuse bilatérale.

La malade de BEDRINE, que nous avons citée plus haut, a vu ses lésions tuberculeuses endométriales disparaître sous l'action du traitement, et une grossesse survenir ; mais elle eut un développement extra-utérin, opéré rapidement.

o

Avortements, accouchements prématurés .

Nous avons cité plus haut un exemple de tuberculose de l'endomètre constatée -sinon installée- dans les suites immédiates d'un avortement, et un exemple de tuberculose endométriale après un accouchement prématuré.

La malade de MORRISON & EALAND était une primipare de 21 ans, mariée depuis un an ; dans les antécédents, on trouve une pleurésie. Il se produit un avortement de seize semaines, avec suites fébriles qui posent pendant quelque temps un problème diagnostique. On fait des examens complémentaires, qui révèlent la présence de B.K. dans les sécrétions vaginales, avec inoculation positive au cobaye. La streptomycine, associée au PAS et à l'INH, fait disparaître les images cytologiques de tuberculose endométriale. Une guérison est également confirmée sur les biopsies d'endomètre chez une seconde malade des mêmes auteurs, également une primipare de 21 ans qui accouche au huitième mois d'un enfant mort-né. Des métrorragies persistantes nécessitent un curetage. A ce moment, une biopsie d'endomètre révèle une tuberculose indiscutable. Ici encore, le traitement par streptomycine, PAS et INH fait disparaître les images pathologiques de l'endomètre.

Sur 26 cas analogues publiés ces dernières années, 12 fois la tuberculose d'endomètre a été découverte après un avortement ; neuf fois, après un accouchement prématuré. Mais il semble logique d'admettre que la tuberculose existait, latente et méconnue avant ces accidents obstétricaux, et était la responsable directe de ceux-ci. Lorsque la tuberculose de l'endomètre reste encore localisée, elle respecte des plages et permet encore la nidation de l'oeuf. Mais pendant le cours même de la grossesse, le processus tuberculeux risque de s'étendre progressivement à tout l'endomètre, ce qui entraîne, tôt ou tard, l'interruption de la grossesse. Ce n'est qu'à ce moment, donc à posteriori, qu'est porté le diagnostic de tuberculose endométriale.

Dans certains cas enfin, le traitement anti-tuberculeux se révèle inopérant ; c'est généralement le fait des lésions fibreuses cicatricielles de l'infection tuberculeuse. Parfois aussi on peut incriminer le traitement, insuffisant, et surtout trop précocement interrompu. Les synéchies, dont nous avons vu plus haut la signification, demeurent évidemment insensibles au traitement antibiotique le mieux conduit.

Chez une malade de BRET, vue pour stérilité primaire datant de deux ans, et âgée de 24 ans, on constate à l'hystérosalpingographie une obturation tubaire bilatérale, un hydrosalpinx ; la biopsie de l'endomètre devait montrer par la suite la présence de follicules de type hautement tuberculeux. La réaction de Middlebrook-Dubos était normale. Le traitement antibiotique devait rétablir des aspects cytologiques normaux au niveau de l'endomètre mais l'oblitération tubaire demeurerait inchangée, et avec elle la stérilité.

Lorsqu'enfin une femme est traitée pour tuberculose de l'endomètre et devient enceinte, comment est le produit de conception, lorsqu'il arrive à terme (ce qui paraît être de plus en plus fréquemment le cas) ?

La plupart de ces enfants sont normaux, et se développent de façon satisfaisante. Notons en particulier l'innocuité habituelle du traitement antibiotique de la mère sur le fœtus.

Restent cependant quelques cas de tuberculose périnatale chez des femmes atteintes d'endométrite tuberculeuse.

KAPLAN d'une part, REICHEL & WHEELLOCK, ROSSIER & ROUSSEL, d'autre part, ont illustré cette possibilité de quelques observations. Nous avons cité le cas de cette tuberculose d'endomètre découverte à la lumière d'une adénite cervicale tuberculeuse du nouveau-né. Cette éventualité semble rare ; toutefois, LELONG pense que tout enfant né de mère atteinte de tuberculose génitale devra être systématiquement et préventivement traité par la streptomycine, et étroitement surveillé pendant les premières semaines de la vie. On fera chez le nouveau-né un examen très détaillé, clinique et radiologique, mais dans de tels cas il n'y a pas d'allergie tuberculinique et la cuti-réaction restera longtemps négative. Dès le moindre doute si l'on n'est pas partisan du traitement préventif, une cure de streptomycine sera mise en oeuvre.

Dans la grande majorité des cas, la mère ayant été correctement traitée, la tuberculose d'endomètre n'a pas de conséquences fâcheuses pour l'enfant.

Par conséquent le pronostic de l'endométrite tuberculeuse a perdu deux de ses lois autrefois rigoureuses :

- constance et caractère définitif de la stérilité,

- possibilité d'une grossesse évoluant normalement à son terme, sans retentissement foetal et sans gros dangers pour la mère.

Mais cette amélioration du pronostic n'est obtenue que lorsque la tuberculose d'endomètre a été reconnue et traitée. Tout dépend donc en définitive du diagnostic aussi précoce que possible, et dont nous avons souligné les difficultés.

V.- CONCLUSIONS

=====

I. Dans le domaine de la tuberculose génitale, des notions ont été récemment acquises, qui ont transformé le pronostic de cette affection :

- la localisation de la tuberculose à l'endomètre, soit isolément, soit en association avec une tuberculose tubaire, est loin d'être rare ; mais elle est très souvent méconnue, du fait de sa fréquente latence.

- la présence d'une tuberculose de l'endomètre ne signifie pas comme on l'a longtemps admis, stérilité certaine et surtout définitive.

II. Il y avait donc intérêt à établir des méthodes propres à diagnostiquer précocement la tuberculose de l'endomètre : -le diagnostic clinique est des plus incertains, puisque bien des cas évoluent de façon absolument inapparente ;

-le diagnostic cytologique sur biopsie d'endomètre est souvent concluant, encore que des images limites difficiles à distinguer du remaniement cyclique de la muqueuse soient fréquentes ;

-le diagnostic bactériologique, recherche du B.K. , culture et inoculation au cobaye de fragments de muqueuse prélevés par biopsie, ou culture et inoculation de sang menstruel, de sécrétions cervico-vaginales, emporte la décision, encore que des réponses négatives ne doivent pas écarter le diagnostic de tuberculose.

-le diagnostic biologique, vitesse de sédimentation globulaire, réaction de Middlebrook-Dubos apporte des éléments importants à la décision qui tablera sur l'ensemble des renseignements obtenus replacés dans le contexte clinique, les anamnétiques, la notion de stérilité primaire, d'avortements, d'accouchements prématurés, d'aménorrhée, de dysménorrhée, de métrorragies, etc...

-le diagnostic radiologique enfin.

III. Le pronostic de l'endométrite tuberculeuse dépend du stade évolutif des lésions. Jeunes, elles seront sensibles au traitement antibiotique, et rétabliront une vie génitale normale. Il est bien évident qu'au stade fibreux, à la réalisation, en particulier de synéchies, les antibiotiques sont inopérants, et la stérilité, définitive. Mais étant donné la possibilité de gestations normales et d'enfants indemnes à la suite d'une endométrite tuberculeuse correctement et précocement traitée, tout doit être mis en oeuvre pour que les formes inapparentes de la maladie soient dépistées et traitées avant qu'elles n'aient entraîné des dommages irréversibles.

Vu, le Président de Thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de
Médecine de Paris

Professeur LANTUEJOUL

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

=====

- P. AIMES
CADERAS DE KERLAU Tuberculose génitale et stérilité
XIIème Congrès Français Gynécologie
Montpellier mai 1948

- A. BASCH :
M. PELLERIN Trois observations d'endométrite tubercu-
leuse.
Soc. Franç. Gynécologie 19 mars 1956

- H. HEDRINE
P. HOULNE La tuberculose de l'endomètre ; importance
de la culture de fragments biopsiques pour
le diagnostic, le traitement et l'étude
des caractères évolutifs de la maladie.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. IV pages 280-
286 1952.

- J. BRAVARSKI Endométrite tuberculeuse latente et métro-
pathies hémorragiques
Soc. Franç. Gynécol. 21 avril 1952.

- J. BRET
B. DUPERRAT
TRONG Tuberculose de l'endomètre. A propos des
aspects histologiques typiques et atypiques
(quatorze cas).
Semaine des Hôp. Paris LXIX pages 1893-
1902 14 Juin 1949.

- A.J. BRET
J. SENEZE Images radiologiques de tuberculose endo-
métriale ; l'injection vasculaire, images
de synéchies utérines après le traitement
Soc. Gyn. Obst. Paris 7 mars 1955.

- A.J. BRET
Cl. COUPE
B. LEGROS Tuberculose congénitale, tuberculose endo-
métriale de la mère découverte grâce à
l'apparition d'une adénite cervicale sup-
purée chez un enfant de cinq semaines
isolé depuis sa naissance.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Langue Franç.
VIII pages 575-586 1956.

- A.J. BRET
B. LEGROS Grossesse et tuberculose génitale. L'ac-
tion du traitement par les antibiotiques
Presse Méd. LXIII pages 644-646 30 avril
1955.

- A.J. BRET
B. LEGROS A propos du diagnostic de la tuberculose
génitale.
Presse Méd. LXIV pages 1604-1605 3 oct. 1956

- A.J. BRET
P. LEGROS
B. DUPEPRAT
Tuberculose utéro-annexielle
8° Masson éd. Paris 1956

- A.J. BRET
P. LEGROS
Un cas de tuberculose congénitale par
tuberculose endométriale de la mère.
Soc. Gyn. Obst. Paris 5 nov. 1956

Endométrites tuberculeuses du post-partum
et du post-abortion.
Presse Méd. LXV pages 2156-2158 25 déc. 1957

- J. DALSACE
Tuberculose utéro-annexielle inapparente
Gynécologie pratique VII page 187 1956

- E. DELANNOY
F. VANDENDORP
P. GAUTIER
G. LEMAITRE
R. DUBOIS
Aspects radiologiques de la tuberculose
utérine.
Soc. Fr. Electroradiol. Méd. 19 fév. 1956

- K. EKENGFEN
Roentgenographic diagnosis of genital tu-
berculosis in the female and roentgenogra-
phic effects of antibiotic therapy
Acta Radiol. Suppl. 123 1955.

- P. FORUCK EHENTANO
Tuberculose génitale latente
Gynécologie Pratique VI page 161 1955

- A. GINGLINGER
L. ASCH
A. HOLLANDER
Endométrites tuberculeuses. Problèmes
diagnostiques et pronostiques
Soc. Gynécol. Obst. Strasbourg 7 juill. 1956

- P. ISIDOR
Un nouveau cas d'endométrite tuberculeuse
Essai d'identification cytologique des
éléments folliculaires de l'infiltration.
Soc. Gyn. Obst. Paris 7 déc. 1953

- M. KAPLAN
E. GRUMBACH
P. DUCAS
La tuberculose congénitale
Semaine Hôp. Paris LXXIV pages 271-277
22 nov. 1954

- LAEFFABGUE
GAUTRAY
Guérison de la tuberculose de l'endomètre
par streptomycine et PAS
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. IV pages 605-
607 1952

- A. LAEFFONT
A. ASSUS
Tuberculose de l'endomètre traitée par
l'hydrazine de l'acide nicotinique
Soc. Gyn. Obst. Alger 18 déc. 1952

- A. NETTER
R. MUSSET
A. LAMBERT
MONTBAZET
Symphyse endo-utérine tuberculeuse, un
syndrome anatomoclinoradiologique caractéristique .
Soc. Gyn. Obst. Paris 6 déc. 1954.

- RABAU
HERMAN
CASPER
Diagnostic, pronostic et thérapeutique de
la tuberculose de l'endomètre
Gynaecologia CXXVII fasc. 4 avril 1949

- R. SOLAL
Trois aspects de la tuberculose génitale
cliniquement inapparentes.
Presse Médicale LXV pages 774-777 24 avril
1957.

TABLE DES MATIERES

Pages

I. Introduction	1
II. Les formes latentes	4
III. Diagnostic	9
a) Diagnostic cytologique	9
b) Diagnostic bactériologique	10
c) Diagnostic biologique	11
d) Diagnostic radiologique	12
IV. Le pronostic et le traitement actuel	15
V. Conclusions	21

Bibliographie.

